DEUXIÈME

LETTRE CHIRURGICALE

DU Dr CLÉMENT.

A M. J. M. RODRIGUEZ,

Professeur Adjoint a l'École de Mexico, Section d'Obstétrique.

MARS 1869.

MEXICO.

LIBRAIRIE MEXICAINE,

Encoignure des rues de Lerdo et del Refugio.

Quelques considérations relatives à deux cas d'embryotomie mentionnés dans la thèse du Professeur. — Deux mots touchant la première lettre. — Observation d'un cas d'abcès de l'articulation Sacro-Iliaque, suite de couches, terminé par la guérison. — Résection de la partie inférieure de la surface auriculaire de l'Ilion. — Idée sommaire, effets, application d'une nouvelle méthode de Drainage dite Drainage à double courant etc.

.... pro veritate et domû....

MONSIEUR ET HONORÉ CONFRÈRE,

Les premières paroles de cette seconde lettre doivent être et seront consacrées à vous remercier de la déférence avec laquelle vous avez introduit mon nom dans votre thèse de concours pour l'agrégation.

Une fois remplie cette obligation, il m'est aussi nécessaire que permis de vous présenter quelques remarques sur la manière dont sont exposés dans cette thèse des faits qui, soit directement, soit indirectement, me concernent. J'ose espérer que vous accueillerez ces remarques.

Vous n'aurez pas, Monsieur et honoré confrère, manqué d'apercevoir deux difficultés inséparables de la situation qui vous a été faite par le choix du sujet que vous avez adopté.[1]

Lorsqu'à force de zèle, il vous a été possible de réunir 40 et quelques observations, la plupart intéressantes, vous avez été obligé par les bornes imposées à l'étendue de votre écrit, d'indiquer sommairement et pas plus, même les plus importants de vos faits; de la sorte, votre travail que, sans nul doute, vous eussiez complété si vous aviez eu de l'espace, s'est

1 Cas remarquables d'obstétrique au Mexique.

presque réduit à un catalogue clinique.—Les faits dans lesquels est intervenue une thérapeutique originale ne sauraient se contenter d'un résumé si succinct.

L'autre difficulté n'est pas moindre: Vous ne disposiez que de quelques jours; d'autre part, en général, nous n'avions pas préparé les matériaux qu'il vous fallait. De là est résulté que vous avez dû pour le plus grand nombre de vos cas, vous contenter de souvenirs plus ou moins exacts; mais aussi, plus ou moins incomplets et infidèles.

Trois cas dominent votre thèse par l'importance, l'activité, l'originalité, et, pour ainsi dire, le bonheur de la part que la chirurgie a prise à la solution de ces cas.

Deux de ces cas sont ceux d'embryotomie suivie de succès sur des bassins exceptionnellement étroits. Le troisième est, d'après vos expressions, celui de nombreux et vastes abcès intrà et extrà pelviens menés à bonne fin, grâce à un diagnostic de votre ancien maître, mon ami le Dr. Miguel Jimenez.

Vos deux observations d'embryotomie affirment, sans le prouver, que l'extraction du fœtus à terme a pu être effectuée au Mexique, à travers la voie naturelle, cette voie n'ayant pour diamètre minimum que 0^{m} 036 dans un cas, et 0^{m} 042 ou 0^{m} 043 dans l'autre, cela à une époque où un pareil effort semblait tellement au-dessus du possible à nos maîtres d'Europe, qu'ils recommandaient la section césarienne comme règle sans exception, dans les cas où le plus petit diamètre ne dépassait pas 0^{m} 065.

Bien que le dogme ait varié sur la matière depuis cette époque, bien que, dans ces derniers temps, un ou plusieurs accoucheurs aient professé que l'embryotomie doit être tentée jusqu'à 0^{m} 026, ce qui équivaut à la substituer entièrement à l'opération césarienne, nos deux observations n'ont rien perdu de leur mérite; moins encore ont-elles perdu de leur utilité: entre un conseil, une opinion, pour magistralement qu'elle soit

présentée et la réalisation de faits qui l'autorisent par le plus complet succès, il y a une immense distance. Vous pourrez, Monsieur et honoré confrère, constater cette distance en parcourant une observation de M. Chassaignac. (Méd. opératoire, art. Embryotomie. — 1862.)

Il y a plus: nous trouvons dans les meilleurs écrits tocologiques la recommendation de faire l'embryotomie dans certaines circonstances, mais nous n'y trouvons pas de principes pour la pratiquer; et en effet, on ne peut donner le nom de principes d'embryotomie à une recette vague et plus ou moins empirique pour vider le crâne, appliquer et serrer le céphalotriptes; — si utiles qu'ils soient dans des cas donnés, ces élements sont loin, bien loin d'embrasser l'ensemble de l'extraction parcellaire d'un fœtus. — Vous avez de cela la preuve la plus frappante par cette observation que vous citez, dans laquelle on a dû se résoudre à vouer la mère à une mort certaine, en abandonnant sans pouvoir l'extraire, un fœtus dont la tête avait subi ces manœuvres, cela en dépit d'une conformation peu vicieuse du bassin de la mère.

Si donc nos observations contenaient dans leurs détails, ne fût-ce qu'en germe, quelque chose de plus précis, de plus positif que ce que l'on dit sur les procédés d'embryotomie, non-seulement nous aurions servi en produisant deux succès qui, aujourd'hui même, n'ont, peut-être, pas été égalés; nous aurions encore déblayé pratiquement la voie d'une des opérations les plus difficiles et les plus graves, d'une partie appréciable des doutes qui jusqu'ici, l'ont tenue fermée à la majorité des praticiens.

Vous jugerez par là de l'importance qu'il y a à ne pas se vanter de faits semblables sans les présenter dans leurs plus minutieux détails et sans les entourer de toutes les garanties possibles d'évidence et d'authenticité.

Une des deux observations est tirée de ma pratique. Vous avez dû vous borner à indiquer le fait et son résultat final. Cette observation fait le sujet de la première lettre qu'à vo-

tre demande, j'ai eu l'honneur de vous adresser, lettre dont vous promettez la publication. Pour les motifs qui précèdent, je réclame instamment cette publication. Je ne doute pas du loyal empressement que vous mettrez à remplir ce devoir.

L'autre observation d'embryotomie ne me touche en rien, il est vrai; mais elle est sœur si légitime de la mienne que je lui dois un intérêt tout spécial; aussi prendrai-je la liberté de vous demander pour celle-ci la même faveur que pour l'autre.

Nous venons de le voir, des questions comme celles-là exigent impérieusement la démonstration, et cette nécessité est d'autant plus marquée pour l'observation dont il s'agit, que le peu de mots qu'il vous a été donné de dire sur ses détails ne montrent pas les choses y relatives sous un coup d'œil des plus convaincants. Par exemple, on conçoit difficilement dans le cas tel que vous le présentez, l'enclavement de la tête, l'application du céphalotribe malgré l'enclavement; moins encore on conçoit, dans ce cas, la convenance et même, la possibilité de l'usage du forceps sur le bassin du fœtus.

Certainement, vous mettrez la lumière au milieu de tout cela et vous nous ferez sortir promptement et galamment d'une situation qui, pour le moment, n'est peut-être pas très-nette.

La troisième observation que je voulais signaler, celle de suppuration pelvienne demande non-seulement des détails, mais aussi, de profondes modifications.

Quoique m'en aient dit quelques amis se fondant sur la lecture de votre texte, le cas de cette observation m'appartient d'un bout à l'autre; aussi, pour être franc, avouerai-je avoir été un peu étonné que ce fait vous ait été transmis à mon insu par d'autres mains que les miennes. Je regrette cet incident pour deux raisons: la première est qu'on a fait ici une exception peu courtoise à l'usage professionnel qui laisse à chaque praticien le loisir de présenter lui-même les faits de sa pratique privée; la seconde est que l'auteur de votre histoire manquant, sans doute, de renseignemens suffisants, est tombé dans

l'écueil de défigurer les détails de cette cure au point de les rendre méconnaisables.

Je comprends, Monsieur, toute la délicatesse de la situation que m'a faite cette légère inconséquence, inconséquence à laquelle vous n'aurez pas pris part. — Il ne me reste qu'à choisir entre deux partis — celui de laisser aller et celui de signaler l'erreur. — Je voterais pour le premier s'il ne s'agissait que d'amour-propre personnel; mais ici, l'erreur a une autre portée, celle de réduire à néant pour l'avenir, les fruits acquis d'une belle expérience qui peut sauver plus d'une vie; en présence de cette considération, il ne m'est pas permis d'hésiter.

Toutefois et afin de maintenir plus étroitement ce qui touche à cette observation sur un terrain purement scientifique, après avoir simplement reproduit mot à mot ce que vous avez dit sur le sujet, je me contenterai de présenter le cas tel que je l'ai vu et dirigé.

Voici vos paroles:

« Debo ocuparme tambien de otro hecho muy curioso. La « señora G....., de treinta años, tuvo su primer parto en Agos« to de 1860. El trabajo habia durado dos dias, con muchos « sufrimientos, y á pesar de algunas maniobras inconsideradas, « nada se habia conseguido. El Sr. Clement ocurrió despues « y verificó con mucha fatiga el parto artificial; pero la cria« tura salió muerta. A consecuencia de todo esto, vino desde « el segundo dia una inflamacion violenta, no tanto de los ór« ganos del vientre como de todas las articulaciones pelvianas, « con phlegmasia alba dolens, terminando todo aquello por « enormes abscesos en las asentaderas. Cinco meses despues, « cuando la enferma agotada por sus padecimientos y por la « gran supuracion que se habia mantenido, apenas podia mo« verse en la cama, aparecieron nuevos síntomas de supuracion « profunda, y por uno de los antiguos trayectos que seguia el « pus en la nalga izquierda, cerca del sacro, pudo el Sr. Jime« nez (M.), introducir su indice derecho, penetrar por entre « los huesos carcados hasta una profundidad que racionalmen-

«te debió hacerle creer que era el interior de la pelviz, sin-
«tiendo una fluctuacion clara en la fosa iliaca izquierda. En
«el acto ayudó al Sr. Clement á aplicar sobre el hueso cor-
«respondiente una corona de trépano, con cuyo medio se dió
«franca salida al pus. Casi un año tardó la enferma en res-
«tablecerse; y sin embargo, ha tenido despues dos hijos, en
«cuyos partos bastante laboriosos (por haber un vicio de con-
«formacion que consiste en la depresion de la rama del ischion),
«no ha vuelto á haber desorden alguno semejante á los del
«primero.»

Suit, Monsieur et honoré confrère, mon observation:

Un matin, en août 1860, M. B. vint solliciter mon assistance pour son épouse qui, disait-il, était dans le plus grand danger. Arrivé auprès de la malade, je constatai ce que je vais vous soumettre:

Mme B., âgée de 30 ans, de petite taille, d'un embonpoint un peu plus qu'ordinaire, d'une santé passable, mais traversée antérieurement par quelques légers accidents de ceux que produit l'exagération du tempérament lymphatique, Mme B. accouchait à terme et pour la première fois. Elle était en travail depuis plus de deux jours; les eaux s'étaient écoulées depuis le commencement du travail.

L'accouchement n'avait, dans le principe, semblé rien présenter d'anormal. Les douleurs puerpérales avaient atteint rapidement leur plus haut degré de violence, puis elles avaient diminué de force pour faire place à un état fébrile qui durait depuis 24 heures; le pouls dépassait 130; il était serré, sautillant comme dans les affections aiguës graves du ventre; la chaleur générale était fort exagérée; les mains étaient brûlantes, les pommettes vultueuses, la peau des lèvres était pâle à reflet jaunâtre; le regard avait perdu toute vivacité; la langue était sèche, il y avait de la soif. Hors même du temps des douleurs qui étaient peu marquées, la respiration était anxieuse.

Le ventre était sensible au palper, surtout dans la région occupée par l'uterus.

Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie notable.

La tête se présentait par le sommet, en position occipito-pubienne, et je m'exprime ainsi parce qu'elle était au Périnée, entr'ouvrant la vulve même dans l'intervalle des douleurs.— Après un si long et si pénible travail, le gonflement des tissus épicraniens n'était pas appréciable: on sentait presque immédiatement les sutures et les fontanelles; autre détail remarquable: cette tête qui refusait absolument d'avancer, car il fut prouvé qu'elle n'avait pas changé de situation depuis plus de 24 heures, reculait et s'inclinait volontiers sous l'effort de la main: elle était libre dans le bassin.

L'obstacle sérieux à l'accouchement fut aisément constaté: la tête était arrivée sans entraves, d'emblée, jusqu'au contact du coccyx; mais cet os déjà trop fortement uni au sacrum ne s'était pas déployé et les efforts de la nature étaient vains contre sa résistance. Peut-être, le bord inférieur de l'arcade pubienne et les branches ischio-pubiennes se portaient-elles de quelque chose un peu trop en arrière; mais, comme on le verra à propos d'un second accouchement, il n'y avait de ce côté rien qui méritât l'attention.

L'état de l'enfant s'annonçait pire que celui de la mère: du mœconium s'était écoulé au dehors en grande quantité; le tégument épicranien non œdémateux, non ecchymosé, était violacé, de la couleur du fœtus avant la première inspiration, et ne pâlissait pas sous la pression du doigt. Depuis un temps, au moins aussi long que celui du travail, la mère avait cessé de sentir les mouvements de son fruit. L'oreille appliquée pendant des minutes sur divers points de l'abdomen, n'avait pu percevoir rien des mouvements du fœtus, rien des bruits cardiaques.

Mme B. n'était pas restée sans assistance; mais l'assistance avait été illusoire. On avait appelé près de la malade non pas un médecin, pas même une sage-femme, mais un débitant

de drogues homœopathiques et autres, étranger aux plus simples notions d'Obstétrique. Le malheureux était planté là depuis le commencement du travail écoulant sa marchandise de son mieux, sans s'inquiéter de l'état de la femme, état qu'il n'aurait pas même pu constater. Sourd comme une cruche, il avait enfin distingué sur les visages qui l'entouraient des signes d'inquiétude et de malaise; voyant cela, il avait cru rétablir l'équilibre de son commerce en appelant à son aide un de ses camarades aussi muet que lui était sourd. Les deux ensemble avaient feint une consultation d'où résultait la continuation du système anodin mis en usage par le premier : Une douleur : deux grains de sucre de lait ou dix gouttes d'eau claire; pas de douleur : dix gouttes d'eau claire ou deux grains de sucre de lait. C'est ainsi que la boîte à granules et la fiole à gouttes de notre homme allaient se vidant à grand train : on faisait ses petites affaires.

Mais la fortune est inconstante. On finit par apercevoir que l'état de la malade s'aggravait rapidement ; les promesses dont les soi-disant médecins avaient cent fois assaisonné leurs remèdes étaient d'autant plus loin de se réaliser qu'on attendait davantage. Bref, toute confiance fut perdue : on reconnut quoique tard, l'énormité de la faute commise, on renvoya ces messieurs.

Je n'ai pas entendu qu'ils eussent essayé d'aucune manœuvre. Je vous laisserai tomber leurs noms et prénoms dans l'oreille, et vous resterez persuadé qu'en fait de manœuvres obstétricales, ils se seront exercés très-exclusivement sur la bourse du mari.

Revenons vite à l'histoire du cas :

En résumé, l'impossibilité de l'accouchement spontané était démontrée; la Métrite nous menaçait de près si elle n'avait déjà commencé; il y avait de la fièvre et à la fièvre s'ajoutait l'épuisement nerveux effet nécessaire de la violence et de la durée des souffrances ainsi que d'un état moral impossible.

Le forceps était indiqué; l'urgence de son application était absolue.

J'appliquai le forceps. Je ne puis affirmer que je le fis sans *fatiga*, car depuis de longues années, les maladies que j'ai souffertes ne me laissent pas tenter le moindre effort sans devenir haletant. Toutefois, honoré confrère, j'affirmerai en vérité que jamais application du forceps ne me fut plus facile que celle-là: de l'introduction de la première branche à la sortie de l'enfant, il ne se passa jamais dix minutes; encore, avais-je singulièrement ménagé les tractions et donné à ma malade des repos relativement très-marqués.

Ces ménagemens étaient indispensables: La face avait pris dès avant la manœuvre quelque chose de l'aspect hippocratique, indiquant une profonde lésion de la vie.

Quant à l'enfant, le forceps ne lui avait fait ni bien ni mal; non-seulement il était mort, mais il l'était depuis si longtemps que son corps était presque entièrement recouvert de sugillations cadavériques et que l'épiderme macéré se détachait au moindre contact, en plusieurs endroits.

La délivrance n'offrit rien de particulier. La perte de sang fut modérée.

Débarrassée de ses douleurs et de ses craintes, la malade très-courageuse du reste, se ranima en quelques instants. Le pouls prit bientôt de l'ampleur et diminua de fréquence. Un bien-être notable se fit sentir et je pus m'éloigner laissant la brave personne dans un état assez satisfaisant.

Les deux jours suivants furent passables. L'Utérus revenait assez bien sur lui-même; l'écoulement lochial était abondant sans excès, son odeur était normale. La sensibilité du bas-ventre bien qu'exagérée était limitée à la masse utérine et allait en diminuant. La peau était à peine chaude, il y avait quelque appétit.

Tout à coup, survint un violent frisson, puis un accès de fièvre également très-fort. La sécrétion lactée s'établissait,

ce qui dut faire croire un instant que ce qui se passait pouvait bien n'être qu'un orage.

Cependant, le *raptus* mammaire était incomplet; la sensibilité du bas-ventre avait plutôt augmenté que diminué dans l'accès; le col utérin était brûlant au toucher; les lochies quoique toujours abondantes prenaient de l'odeur.

Sous l'influence de soins appropriés parmi lesquels je ne mentionnerai que la succion des mamelles et des injections tièdes simples, à grande eau, répétées souvent, la violence de la réaction s'apaisa, l'état général s'améliora sensiblement.

Toutefois, nous ne revinmes pas au calme. L'état fébrile passa, si on pouvait ainsi dire, de l'aigu au chronique: il y avait bien des moments de rémittence; mais chaque jour, à des heures variables, intervenaient des frissons erratiques, de la fièvre et des sueurs. De plus, le lait disparaissait malgré la succion; la matrice s'arrêtait dans son mouvement de retrait; le col utérin était engorgé, sensible au toucher, et très-chaud, même dans les moments d'apyrexie; l'urine était rare, la miction douloureuse. L'écoulement vaginal sans disparaître, diminuait; il redevenait fétide dès qu'on s'éloignait de l'injection.

A ces accidents du côté du bas ventre qui ne sauraient être rappelés ici plus au long, qui diminuèrent au bout de quelques jours pour disparaître ensuite, mais qui, certainement, furent le point de départ et la cause immédiate des très graves désordres que nous voulons particulièrement signaler, se joignit bientôt un symptôme étrange, ou du moins, assez rare:

C'était une douleur pulsative, continuelle, fixe vers la symphyse sacro iliaque *droite*. Cette douleur légère dans le principe s'accrut graduellement et très vîte dans l'espace de quelques jours et finit par être intolérable.

Dans les premiers temps, aucun gonflement ne se montrait dans le lieu de la douleur; la symphyse était sensible au palper; mais non en proportion de la douleur spontanée. J'ap-

pliquai sur ce point des sangsues, si je me rappelle; puis, certainement, j'y appliquai un vésicatoire.

Cela et le reste de mon traitement fut sans effet sur l'évolution du mal. Au bout de quelques jours, les chairs qui recouvrent la symphyse devinrent pâteuses; elles s'élevèrent sans se colorer; bientôt on put y constater la fluctuation.

Trois semaines environ après l'accouchement, la tuméfaction était considérable: elle s'étendait bien à 15 centimètres de hauteur sur 12 de large; en haut, elle dépassait l'épine iliaque postéro supérieure, en bas, elle atteignit le rebord de la fesse; elle était évidemment fluctuante, d'une fluctuation profonde. La collection avait ce remarquable caractère que la main appliquée en grand sur elle et la pressant un peu fortement, la faisait disparaître presque en entier.

Rien n'était négligé pour rechercher, soit par la palpation et la percussion du bas ventre, soit par le toucher vaginal, quelques signes qui pussent s'ajouter à ceux déjà si clairs donnés par la partie postérieure du bassin; mais soit que les désordres fussent moins étendus en avant qu'en arrière de la symphyse, soit qu'ils échappassent à la main par leur profondeur, dans cet abdomen volumineux et à parois épaisses, soit encore que la sensibilité de l'utérus contînt l'exploration dans des limites insuffisantes, toujours est-il qu'aucune donnée importante ne put être saisie de ce côté.

Le membre inférieur enfla et devint douloureux quand la suppuration se montra. Cette enflure œdémateuse ainsi que la sensibilité qui l'accompagna suivit constamment les vicissitudes de l'affection articulaire qui l'avait précédée.

Ici, l'œdême n'était-il pas dû simplement à l'engorgement des chairs avoisinant en quelque point de leur trajet les vaisseaux iliaques et les racines du crural et des sciatiques? Je me le suis demandé plus d'une fois. J'avoue qu'il m'a semblé qu'il devait en être ainsi; cette opinion m'a paru plus probable que celle qui attribuerait le gonflement à une phlébite oblitérante du membre inférieur.

Avec des signes aussi nombreux et aussi décisifs, le diagnostic se faisait de lui-même: Métrite, fièvre puerpérale; suppuration de la symphyse sacro-iliaque *droite;* œdême douloureux consécutif du membre inférieur droit.

C'est ainsi que quatre longs mois avant que M. le Dr. Jimenez pensât être invité à explorer l'abcès, avant même que l'abcès ne fût ouvert, la pénétration dans le bassin du pus de la symphyse était évidente aux yeux les plus étrangers à toute connaissance médicale: le pus disparaissait en masse sous la pression de la main; où donc serait-il allé sinon dans le bassin? Question à peine acceptable par un étudiant de première année.

Une fois établies sans réplique, l'existence de la suppuration dans les conditions qu'on sait et la possibilité de lui donner issue, je me trouvais en présence d'un très-grave problème. Attendre sans agir, c'était donner à la collection déjà trop considérable le temps de s'accroître, c'était permettre au pus qui baignait le squelette de s'altérer profondément, d'amincir jusqu'à l'extrême la paroi extérieure de l'abcès, de fuser dans le bassin à des distances et selon des modes qu'on ne pouvait prévoir et, par là, se réserver la certitude d'accidents formidables pour le moment de la rupture du sac d'un foyer au milieu duquel une vaste jointure se trouverait ouverte et exposée. Ouvrir une voie au pus, c'était peut-être hâter le dénoûment fatal, dénoûment que la situation de la malade d'une part, de l'autre la gravité et l'étendue des désordres locaux, me faisaient alors regarder comme inévitable.

Je n'osai prendre sur moi la responsabilité de délibérer seul dans une situation si compromise; j'appelai l'aide bienveillante et intelligente de MM. Garrone, Jimenez (M.) et Vertiz.

La junte fut unanimement d'avis que mon diagnostic devait être maintenu. Elle partagea mon opinion sur l'extrême gravité du pronostic; elle compara le cas de la malade à celui d'un abcès par congestion, et partant de cette idée, me con-

seilla d'ouvrir le plus tard possible, sans pour cela permettre l'ouverture spontanée, et d'agir alors par simple ponction à la manière de Boyer, ou d'avoir recours à l'aspiration sous-cutanée selon l'idée de M. Jules Guérin.

J'abondais personnellement dans ces idées. J'acceptai sans réserve, les opinions et les conseils de mes amis. Quelques jours se passèrent dans l'observance exacte de nos conventions; mais plus nous avancions, plus la tumeur croissait; plus aussi croissait ma répugnance pour un moyen qu'à peine on pouvait qualifier de palliatif temporaire, moyen qui, presque certainement, allait être le prélude nullement innocent d'un véritable désastre.

Et pourtant, c'était le moyen classique, le moyen autorisé. Enfin, l'inquiétude sur le sort de cette femme et le désir de la sauver me firent trouver dans la réflexion une ressource alors inédite, capable de se substituer avec avantage à ce que nous nous étions proposé.

Ce sera n'enfreindre que véniellement le rôle de simple narrateur que je me suis proposé de garder, que d'exprimer ici, Monsieur et honoré confrère, ma surprise de l'oubli qu'on fait de cette ressource dans l'histoire qu'on vous a transmise.

J'imaginai que nous aurions une chance de succès si nous pouvions à la fois, donner au pus une voie suffisante et non interrompue, exclure, renouveler, chasser l'air, porter à volonté sur les parois du foyer des agens désinfectants, des détersifs, enfin, des modificateurs appropriés.

Telle était la formule de ma méthode. Quant au procédé, il était d'une extrême simplicité; il pouvait se résumer en deux mots: irrigation continue du foyer. — Ce qui suit donnera une idée de ses détails.

Un tube en caoutchouc vulcanisé de 4 mètres environ de longueur serait étreint par un fil à sa partie moyenne (fig. 1) A, jusqu'à interrompre son calibre; à un pouce de distance de chaque côté du fil serait pratiquée une ouverture B'B', sem-

blable à un œil de sonde, et, autant que possible, égale au calibre du tube.

Ce tube serait introduit dans l'abcès par les moyens du drainage à double piqûre, et maintenu solidement à ses points d'émergence, fig. 2, F'F', par des calottes agglutinatives au collodion, disposées de manière que la cavité de l'abcès n'eût de communication au dehors qu'à travers le calibre du tube. Le point occupé par le fil constricteur serait placé à distance égale des deux ponctions.

Une des extrémités du tube, A, fig. 2, préalablement amorcée de liquide comme la petite branche d'un syphon quelconque, serait plongée et maintenue au fond d'un vase, B, contenant de l'eau tiède, de l'eau légèrement salée, une solution faible de chlorure de Labarraque etc., selon l'indication; l'autre extrémité, C, plongerait dans un vase, D, reposant sur le sol. Ce vase pourrait être vide; mais il pourrait aussi contenir de l'eau et ainsi, on serait en mesure de faire l'aspiration par le poids de la colonne de liquide contenue dans le bout correspondant du tube.

Le premier vase, B, le vase d'injection, serait suspendu au-dessus du niveau de l'abcès, à une hauteur variable afin de pouvoir modifier à volonté la vitesse et la pression du liquide qui entrerait dans le foyer.

Enfin, le tube d'entrée ou d'injection et le tube de sortie ou d'épuisement seraient munis chacun d'un robinet, E, E', ou autre moyen analogue d'occlusion, ce qui permettrait de varier à l'infini les conditions de l'expérience.

A peine eus-je trouvé ce secours que je rappelai mes honorés consultans pour leur en faire part. Ils jugèrent l'indication assez nettement posée et les moyens de la remplir assez satisfaisans pour qu'il convînt de réaliser immédiatement mes projets.

Immédiatement aussi et en leur présence, le tube fut mis en place et fixé comme nous venons de l'indiquer. Une piqûre, supérieure, atteignait presque la hauteur de la crête iliaque

et tombait sur l'interstice iléo sacré; l'autre, inférieure, donnait vers le milieu de la grande échancrure sciatique, à un pouce environ au-dessous du sommet de l'échancrure.

L'injection par le syphon commença aussitôt, et nous eûmes la satisfaction de voir le pus d'abord, le liquide injecté ensuite, se répandre dans le vase inférieur, selon nos prévisions.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer plus avant dans les détails relatifs à ce mode de traitement et aux modifications dont il est susceptible. Ce moyen d'une application fort étendue en chirurgie, employé utilement par moi dans une foule de cas très divers, demande pour être étudié convenablement une place spéciale que je lui donnerai peut-être un jour. Notre observation est déjà trop longue par elle-même : je ne saurais la prolonger sous prétexte de développemens qui ne lui sont qu'accessoires.

Poursuivons : Le résultat de ma tentative fut diamétralement opposé à ce qu'on eût dû attendre de l'ouverture de l'abcès avec pénétration de l'air; il fut incomparablement plus heureux que celui qu'on retire des ponctions : la fièvre tomba immédiatement, l'appétit revint dans une juste mesure; la douleur pelvienne et celle extérieure de l'abcès ne furent plus que de la sensibilité; les symptômes utérins disparurent, et ce changement fut, pour ainsi dire, instantané.

L'écoulement du pus diminua très-rapidement pendant les premiers jours; d'excessif il devint modéré. Le pus sans cesse évacué à fur et à mesure de sa production ne prenait pas même trace d'odeur.

Nous continuâmes pendant un mois environ ce mode d'irrigation, non pas toutefois sans lui faire subir quelques modifications de détail adaptées aux indications de chaque jour. L'action de l'injection fut tellement marquée pendant tout ce temps qu'une fois, la malade eut un accès de fièvre; on m'appela. Le tube ne fonctionnait pas depuis des heures, le pus était, à l'instant, devenu fétide. Je rétablis le jeu de l'appa-

reil et aussitôt la fièvre disparut en même temps que le pus reprenait ses bonnes qualités.

Nonobstant, le mois écoulé, les deux plaies d'entrée et de sortie du tube devenaient trop grandes pour le tube; les liquides les traversaient à la fin directement et se répandaient au dehors dans le lit de la malade sans suivre davantage le guide que nous leur avions donné. Il résultait de cela une grande incommodité pour la malade qui ne pouvait ainsi se soustraire à l'humidité de sa couche. D'un autre côté, l'air pénétrait depuis quelques jours dans la plaie et ne provoquait plus d'accidents, d'où on pouvait conclure que le travail réparateur offrait une résistance au moins passable à son influence.

Je retirai mon grand tube et mis à sa place deux tubes simples à drainage qui pénétraient chacun dans l'abcès par une des ouvertures qu'on sait. Ces tubes devaient faire leur office ordinaire — le drainage, et en même tems, servir pour de fréquentes injections.

La pose de ces tubes fut signalée par une petite circonstance qui m'a fait trouver plus que singulier ce passage de votre notice dans lequel M. le Dr. Jimenez est représenté comme ayant découvert quatre mois plus tard, que le foyer pénétrait dans le bassin.

Quand nous plaçâmes le premier tube, le tube à injection, l'instrument métallique qui dut traverser l'abcès avait déjà mis hors de doute que non seulement le foyer comprenait une surface osseuse dénudée; mais encore que cette surface, en vertu de son siége et de la forme qu'elle dénonçait au stylet, ne pouvait appartenir qu'à l'article sacro-iliaque. Lorsque pour la pose des autres tubes, il me fut donné de pénétrer de nouveau dans l'abcès avec des agens d'exploration, on le conçoit sans peine, je ne me fis pas prier pour explorer de nouveau.

En effet, le stylet introduit dans l'ouverture supérieure donna comme d'abord la sensation d'une surface osseuse à nu. Introduit dans l'ouverture inférieure, il fournit dès alors,

et assez complétement pour que personne ne dût rien y ajouter, un renseignement beaucoup plus important: *le stylet tombait droit, en entrant dans le foyer, sur la grande échancrure sciatique qu'il pouvait suivre dans une partie de son contour, et si, partant du contact avec l'échancrure, il était porté en dedans, et en avant, puis en haut, il se noyait profondément dans cette direction, plongeant nécessairement et évidemment en dedans du squelette, en avant de l'articulation compromise.*

Donc et dès alors, il existait et je ne pouvais ignorer qu'il existait outre le foyer primitif, articulaire, deux annexes consécutives, secondaires, effets de l'invasion du pus, l'une superficielle en arrière de l'articulation, *l'autre profonde, intrà pelvienne, en avant de l'articulation.*

Ce qu'on vient de lire de la pénétration du stylet de bas en haut, par le sommet de l'échancrure sciatique me dispense d'indiquer comment et avec quelle facilité le pus profond était éliminé, combien il était impossible qu'il se conservât en collection.

Je ne me contentai pas d'abandonner à la nature la partie intràpelvienne de l'abcès; je voulais plus qu'une libre voie pour le pus, je voulais la faculté de nettoyer et de modifier les surfaces;—aussi, tandis que le tube supérieur suivait le chemin du premier drainage, du drainage à syphon, le tube inférieur fut porté dès le premier jour jusqu'au point le plus reculé du foyer profond.

Il en fut ainsi et cela fut continué pendant plusieurs mois. Durant ce temps, l'absence d'accidens autres que ceux conséquence nécessaire de l'état local qui, lui, semblait s'améliorer par la diminution de la suppuration, m'encourageait dans l'espoir que les surfaces osseuses découvertes finiraient par se revêtir, qu'une soudure du joint malade pourrait s'établir et qu'avec cela, nous aurions une probabilité fondée d'arriver, à force de patience, il est vrai, à une solution définitive favorable.

Le temps me désillusionna. Le mieux devint stationnaire; le stylet donnait toujours les mêmes sensations dans la même étendue, en un mot, nous étions menacés d'un statu quo indéfini lorsque voulant avoir le cœur entièrement net sur la situation, je crus devoir explorer l'intérieur de l'antre directement avec la main.

Une incision portant sur l'ouverture inférieure l'agrandit d'un demi-pouce. Je répétai la même incision sur l'ouverture supérieure.

Dès lors, monsieur et honoré confrère, non seulement l'index droit de M. le Dr. Jimenez, mais un doigt quelconque de n'importe laquelle des mains du premier venu, pouvait pénétrer dans le foyer et en palper à loisir les moindres dispositions.

Prenant avantage de cette liberté, je me permis (sans en appeler à aucun patronage,) de tirer incontinent parti de la nouvelle et très-utile voie d'exploration que je venais de créer. Voici ce que je trouvai:

1. Les données du stylet étaient confirmées sans réserve: le doigt tombait immédiatement sur le rebord entièrement dénudé et comme macéré de la grande échancrure; porté en avant de l'échancrure et procédant de bas en haut, il suivait jusqu'à la profondeur de plus d'un pouce la face antérieure de la région correspondante de l'iliaque et du sacrum. En arrière de ces os, il était au libre dans la partie superficielle du foyer;

2. Les os — l'iliaque et le sacrum, conservaient en avant, leur périoste dans toute l'étendue dénudée;

3. Les liens antérieurs de l'articulation sacro-iliaque étaient conservés excepté à la partie inférieure, sur un demi-pouce de hauteur;

4. Par contre, en arrière, et dans une zone limitée en haut par l'épine iliaque postéro-supérieure, en bas par l'épine postéro-inférieure, l'iléon avait été décollé de son périoste, isolé des tissus fibreux auxquels il donne insertion dans ce point.

La surface dénudée paraissait avoir comme un pouce de largeur; elle avait perdu sa couche compacte, le diploë était à découvert et présentait la surface inégale et la friabilité de la carie.

5. Au contraire, la partie postéro-supérieure de la jointure avait conservé ses liens plus ou moins ramollis, altérés par le bain de suppuration qu'ils prenaient depuis des mois; mais enfin, ces liens existaient.

6. `La face postérieure du sacrum avait été épargnée; on ne sentait cet os qu'à travers las masses fibreuses qui le recouvrent à l'état normal.

7. Le doigt suivait en bas directement et exactement le bord de l'article; il lui paraissait sentir un écartement de quelques millimètres entre les deux os.

De ces bases qui, certes, ne m'avaient pas coûté grand effort et qui, surtout, ne laissaient en diagnostic, rien à faire à l'induction, il s'agissait de tirer un parti thérapeutique.

Observons en passant que si alors, la malade avait peine à changer de position dans son lit, elle ne le devait réellement pas à sa faiblesse, mais bien à l'état de la jointure malade et au gonflement du membre inférieur. Il est vrai qu'elle était amaigrie et abattue. Qu'apprend-on de neuf en le disant, à quiconque a la plus simple notion de ce que doit être un foyer de l'articulation sacro-iliaque? si quelque chose méritait l'attention, n'était-ce pas plutôt cette longue et solide résistance de la nature aidée de l'art à un mal considéré jusqu'alors comme nécessairement ou presque nécessairement mortel?

Ajoutons qu'aucune autre articulation du bassin ne fut jamais le siége d'accidens. Cela, nous l'ajoutons parce que c'est le fait, et surtout pour ramener votre récit à la vraisemblance sur ce point. Ici, l'arthrite était essentiellement suppurante; si comme on l'a dit, toutes les jointures du bassin s'étaient prises à la fois et s'il s'était fait en même temps dans les régions fessières, plusieurs abcès énormes, au moins les deux

symphyses pelviennes postérieures auraient suppuré; or, qui pourrait jamais croire en pareil cas à la solution que nous avons obtenue? Honoré confrère, nous en avions assez d'un seul abcès.

Ajoutons encore qu'une fois ouvert le foyer, jamais n'apparurent de symptômes nouveaux de suppuration ni superficielle ni profonde. Apparition de symptômes nouveaux ne veut rien dire ici, ou veut dire formation d'un nouveau foyer. Or, Monsieur, il est de toute évidence que hors du champ de l'abcès dont vous savez maintenant le siége, les rapports et en grande partie les limites, il ne se fit pas de nouveau foyer; et la preuve en est simple, c'est qu'il ne s'en ouvrit aucun. Quant à ce que j'appelle, improprement peut-être, le champ plus ou moins médiat de l'abcès, c'est-à-dire, ces régions dont les relations de voisinage et de structure avec notre foyer sont telles que, siége d'un point primitivement isolé de suppuration, ces mêmes régions eussent pu ou dû, au moment donné, se dégorger dans le foyer, on peut vous assurer qu'elles ne fournirent jamais une goutte de pus, car, pendant la durée si longue de la maladie, on n'observa jamais en aucun tems, cette irruption brusque d'une quantité de suppuration, signe inséparable de l'ouverture d'un nouveau foyer. D'ailleurs, des considérations de l'ordre le plus élémentaire tirées de l'anatomie du bassin, de la disposition de l'abcès, des résultats négatifs du toucher vaginal, montreraient au besoin ce qu'il y a d'étrangement irrationnel dans cette supposition d'abcès réclamant ici, dans les circonstances que nous avons signalées, la perforation du squelette.

Mais c'en est trop sur ce sujet. — Poursuivons! Que fallait-il faire? Nous venons de voir qu'il ne pouvait s'agir de produire ni même de faciliter l'évacuation du pus, et pourtant, la suppuration ne cessait pas, ne diminuait même pas, depuis des mois.—Il y avait donc ailleurs que dans l'écoulement du pus, un obstacle à la guérison. Quel pouvait être cet obstacle? Votre informateur, sans doute trop préoccupé

d'autre chose, n'a pas compris cela: l'obstacle était, Confrère, ce qu'il est, de nécessité, quand un foyer contient un ou plusieurs os malades, rien de plus simple et de plus clair, n'est-ce pas? Maintenant, quelle était l'indication? C'est encore plus simple et plus clair: se débarrasser de la carie.

C'est ce que je résolus de faire. Tout bien vu, bien pesé et bien décidé, j'eus l'honneur d'appeler M. le Dr. Jimenez, l'un de mes premiers consultans, ami de la famille de la malade, pour qu'il voulût bien me rendre les deux seuls services dont j'eusse besoin alors: constater la réalité de l'indication telle que je la voyais, m'assister dans l'opération destinée à la remplir.

Je devais donc mettre mon honorable confrère au courant de la situation que mes investigations m'avaient révélée. Je m'acquittai de cette obligation en invitant M. le Docteur à ce qu'il explorât l'abcès avec le doigt, à travers les ouvertures que j'avais disposées et mises à contribution pour le même objet.

Le cas ne prêtait à aucune discussion, il n'y en eut aucune entre nous. Le docteur Jimenez admit les faits constatés; à eux seuls ils étaient le diagnostic. Il convint également de la nécessité d'enlever la ou les parties osseuses incapables de cicatrisation.

Une réflexion accessoire mais indispensable: On conçoit que dans la précipitation avec laquelle vous avez dû écrire votre thèse, et par suite de l'enthousiasme que causait en vous l'idée de produire un fait des plus flatteurs pour les talents si réels et si reconnus du maître que vous aimez, vous ayez accepté à priori, sans l'étudier, ce fait tel qu'il vous était donné; mais à présent, qu'il nous est possible de bien méditer les choses, je prendrai la liberté, en votre nom, en mon nom, au nom de l'école de Mexico et surtout au nom du Dr. Jimenez, de protester contre certaines assertions qui dépassent d'un mètre au moins, les limites de l'invraisemblable. Telles sont entre autres les suivantes:

« Avoir au bout du doigt la grande échancrure sciatique et « ne pas la reconnaître ;

« Prétendre avoir passé le doigt entre les os, ce qui signi- « fie inévitablement, avoir traversé de part en part avec le « doigt l'articulation iléo-sacrée ;

« Ce tour de force, ou plutôt, ce miracle accompli, deman- « der au calcul, à l'induction si l'on a ou non pénétré dans le « Bassin ;

« Chercher et croire trouver de la fluctuation au fond de « l'abdomen, dans un foyer communiquant au dehors depuis « cinq mois par une large ouverture bien placée, et soumis de- « puis quatre au drainage avec injection :

« Proposer et exécuter la trépanation de la symphyse qu'on « a, dit-on, traversée avec le doigt, cela pour obtenir l'éva- « cuation d'un foyer dans lequel on a pénétré, à travers la « symphyse, avec le même doigt ; etc. »

N'est-ce pas, Monsieur, que pour notre honneur de méde- cins, nous bifferons d'un commun accord cette observation de la thèse, laissant à qui voudra le prendre, le soin de la col- loquer dans un recueil de contes à côté de la véridique his- toire de ce chasseur

..... Gascon, d'autres disent Normand,

qui franchit la Seine à pied, à la poursuite d'un lièvre, sans qu'il entrât d'eau dans ses bottes !

Je l'ai déjà dit et je le répète pour m'assurer davantage d'être compris, la responsabilité de cette calembredaine d'é- colier ne vous touche en rien quoique vous l'ayez reproduite, parce que vous l'avez copiée les yeux fermés ; elle ne touche pas l'école qui l'aura entrevue et l'aura laissée glisser sans en faire cas ; quant au savant professeur dont elle a emprun- té le nom très-mal à propos il est vrai, ses mérites reconnus ne permettent pas un instant de confusion.

Passons outre.

Une incision réunissant les deux ouvertures de drainage

nous découvrit le foyer et, alors l'œil ajouta son aide au toucher et compléta l'évidence. Nous pûmes voir que dans la partie inférieure que nous avons signalée de l'articulation, les surfaces n'étaient plus en contact, ce qui était dû, beaucoup moins à l'écartement des os, qu'à la destruction du cartilage de l'Ilion et des fibres croisées intrà articulaires. Egalement, nous avions sous les yeux la partie cariée de l'Ilion, partie dont les limites étaient celles d'un triangle dont l'angle supérieur était bien immédiatement au-dessous de l'épine postéro-supérieure, l'angle inférieur à l'épine postéro-inférieure, l'externe sur le bord de la grande échancrure, à un peu plus d'un demi-pouce en dehors de l'inférieur.

Cette zone était évidemment incapable de cicatrisation ; elle fut d'abord attaquée par le trépan, mais elle était tellement ramollie que j'abandonnai bientôt le trépan pour la pince ostéotome qui, en quelques instants, compléta l'ablation de la partie cariée. Ainsi fut que, nécessairement, la partie inférieure de la surface articulaire du Sacrum resta isolée, à nu dans la plaie.

Pansée avec des soins d'une assiduité exceptionnelle, cette plaie finit par guérir. Le désordre articulaire se répara si bien que la malade en vint à marcher et marche depuis des années, presque sans claudication. Avec la guérison du désordre pelvien, l'œdème du membre inférieur disparut. Il ne resta d'autre trace perceptible de cette longue et terrible affection qu'une cicatrice un peu large, mais parfaitement insensible et solide.

Je n'ajouterai que deux mots avec le regret de me trouver une fois de plus en désaccord avec votre récit : Madame B devint enceinte après sa guérison. Elle accoucha à terme d'un enfant robuste. Le travail bien préparé à l'avance par de petites douleurs, se termina spontanément et heureusement, dans mes mains, en quelques instants. Les suites furent normales.

Je ne sais comment s'est passé son troisième accouchement.

Certain d'être en tout dans la vérité et convaincu de m'être en vous l'exposant, attaché strictement aux convenances qui me sont imposées par mon estime pour votre personne et pour vos connaissances professionnelles, j'ai encore, Monsieur et honoré confrère, à vous faire une excuse, celle de ne pas vous parler votre langue : j'ai trop de peine à manier la mienne pour m'exposer à pécher dans l'autre.

Tout à vous,

Dr. Clément.